

18 ans (10–26,5 ans). De ceux-ci, six patients, soit 30 %, présentent des lésions qui n'étaient pas précédemment rapportées. Des lésions multiples ont été notées chez quatre de ces six patients (66,6 %), pour un total de 15 (75 %) nouveaux anévrismes découverts. La taille des lésions s'échelonnait de 1 à 10 mm. Un patient a souffert d'une récurrence d'hémorragie au départ d'un anévrisme *de novo*. La présence de multiples anévrismes au moment de l'hémorragie initiale représente un facteur de risque significatif d'apparition de nouvelles lésions ( $p=0,0175$ ).

**Conclusion.**– Le taux de 30 % de patients présentant des nouvelles lésions anévrismales plus de dix ans après le traitement d'un anévrisme rompu est le plus élevé rapporté dans la littérature. Ce taux est expliqué par la méthode de détection utilisée et la longue durée du suivi. Cette information encourage à poursuivre les contrôles chez ces patients dans une perspective à très long terme et à considérer le processus de développement des anévrismes intracrâniens comme un phénomène continu.

doi:10.1016/j.neuchi.2010.10.051

O51

### Fistules artérioveineuses durales intracrâniennes : une cause de démence réversible

F. Signorelli, F. Scholtes, P. Khoueir, M.W. Bojanowski  
Centre hospitalier de L'université de Montréal, Montréal, QC, Canada

**Introduction.**– Les fistules artério-veineuses durales (FAVD) intracrâniennes, présentent une symptomatologie et une évolution clinique qui dépendent des caractéristiques du drainage veineux. Celles qui entraînent une congestion des veines profondes peuvent rarement être responsable d'une atteinte bithalamique se manifestant par une atteinte cognitive.

**Patients et méthode.**– Nous avons revu de façon rétrospective notre série de patients traités chirurgicalement au CHUM pour FAVD tentorielle se manifestant par une démence thalamique. Nous avons revu la littérature des FAVD associées à une atteinte cognitive.

**Résultats ou cas rapporté.**– Notre série de trois patients comprend deux hommes et une femme traités chirurgicalement pour une FAVD tentorielle révélée lors d'une investigation clinique pour dégradation cognitive associée à une congestion bithalamique. L'exclusion complète de la fistule a permis une amélioration clinique dans tous les cas. Une patiente est toutefois décédée quelques semaines plus tard, en postopératoire, des suites d'une embolie pulmonaire. Les deux autres patients ont regagné leur autonomie avec régression complète de l'atteinte bi-thalamique à l'IRM. Dans la littérature, on retrouve 43 autres cas de fistules durales associées à des troubles cognitifs.

**Conclusion.**– L'IRM permet de suspecter le diagnostic dans la plupart des cas. Les facteurs pronostiques principaux sont liés au délai entre l'apparition des symptômes et le traitement, l'exclusion complète de la fistule et le degré de l'atteinte de l'état de conscience avant le traitement. Un traitement précoce de la fistule offre les meilleures chances de récupération.

doi:10.1016/j.neuchi.2010.10.052

O52

### Les fistules durales rachidiennes à drainage veineux périmédullaire : à propos de 35 cas

L. Thines, T. De Saint-Denis, F. Zairi, M. Baroncini, P. Bourgeois, M. Sleiman, J.-P. Lejeune  
Pôle de neurochirurgie, CHRU de Lille, Lille, France

**Introduction.**– Les fistules durales rachidiennes à drainage veineux périmédullaire (FDR-DVP) sont des malformations rares du système nerveux central. Nous présentons leurs caractéristiques cliniques et radiologiques ainsi que leurs modalités thérapeutiques.

**Patients et méthode.**– Nous avons étudié une série rétrospective de 35 patients porteurs d'une FDR-DVP (âge moyen : 62 ans, extrêmes 24–84 ans, sexe ratio 2,5) et pris en charge dans notre institution entre 1993 et 2010.

**Résultats ou cas rapporté.**– Lors du diagnostic toutes les malformations étaient symptomatiques : déficit moteur 74 %, déficit sensitif 86 %, troubles de la marche 51 %, troubles sphinctériens 57 %. Le diagnostic (délai moyen 21 mois) était évoqué en IRM puis confirmé en artériographie dans tous les cas. La localisation était dorsale basse dans 60 % des cas. Seul un patient ne présentant que des paresthésies a été surveillé. Le traitement (délai moyen 22 mois) était chirurgical (laminectomie segmentaire, interruption microchirurgicale du pied de la veine de drainage) dans 82 % des cas et endovasculaire (microcathétérisme des pédicules, embolisation) dans 18 % avec un taux d'oblitération complète de 92 et 33 % respectivement. Une amélioration des symptômes et déficits était retrouvée dans 76 % des cas. Une normalisation complète n'était observée que dans 12 % des cas, les patients gardant des troubles plus ou moins sévères d'ordre moteur, sensitif ou sphinctérien respectivement dans 32, 74 (24 % avec douleurs neuropathiques) et 24 % des cas.

**Conclusion.**– Le pronostic des FDR-DVP est globalement favorable après traitement. Une localisation précise du pied de la veine de drainage en artériographie est fondamentale en préopératoire. Le traitement le plus simple et le plus efficace reste l'exclusion microchirurgicale.

doi:10.1016/j.neuchi.2010.10.053

O53

### Hydatidose du système nerveux central. Étude rétrospective d'une série de 140 cas (1983–2007)

F. Lakhdar, F.H. Derkaoui, A. Melhaoui, L. Rifi, Y. Arkha, S. Derraz, A. El Ouahab, A. El Khamlich  
Service de neurochirurgie, hôpital des spécialités ONO, CHU de Rabat-Sale

**Introduction.**– Le système nerveux central est rarement touché par l'hydatidose. La localisation est souvent primitive.

**Patients et méthodes.**– Nous rapportons une série de 140 cas d'hydatidose du SNC, colligée entre 1983 et 2007. Les patients ont été subdivisés en deux groupes : le premier groupe : la localisation cérébrale et orbitaire (102 cas). Le deuxième groupe : la localisation vertébro-médullaire (38 cas), subdivisé entre deux sous-groupes : un sous-groupe traité chirurgicalement (14 cas), un deuxième sous-groupe ayant bénéficié d'un traitement médocochirurgical (24 cas).

**Résultats :**

– Le premier groupe : 91 patients ont été admis pour kyste hydatidique cérébral. Le traitement a consisté à un accouchement du kyste hydatidique dans 88 cas et ponction-évacuation dans trois cas. L'évolution était bonne dans 80 cas. Sept cas ont récidivé. Le taux de mortalité est de 7 %. Le suivi était étendu sur 36 mois. Onze patients ont été opérés pour localisation orbitaire dont neuf cas ont eu d'une ponction évacuation du kyste et deux cas d'un accouchement du kyste ;

– deuxième groupe : l'âge moyen est de 28 ans. La clinique était dominée par la compression médullaire dans 33 cas et lombalgies dans 21 cas. Trente-cinq cas ont été traités par abord chirurgical postérieur. Un traitement médical antiparasitaire a été utilisé après chirurgie dans 24 cas (depuis 1993). Une récupération neurologique a été constatée chez 30 patients. La récurrence a été notée dans 12 cas. Le taux de récurrence est de 71 % dans le sous-groupe ayant eu un traitement chirurgical seul versus 22,2 % dans le sous-groupe ayant eu un traitement médocochirurgical.

**Conclusion.**– L'hydatidose du système nerveux central est une pathologie rare. Au niveau encéphalique, la chirurgie est le traitement de première intention par accouchement du kyste hydatidique